

成育歯科医療研究会 入会申込書

記入年月日：西暦 年 月 日

ふりがな	
お名前	
勤務先	
勤務先住所	〒
勤務先電話番号	
FAX番号	
自宅住所	〒
自宅電話番号	
FAX番号	
e-mailアドレス	
連絡先（書類届け先）	勤務先
出身校（卒業年度）	

この度は入会のお申し込みをいただき誠に有り難うございます。
必要事項をご記入の上、FAX（099-275-6268）にてお送り下さい。
また、入会金：5,000円、年会費10,000円の合計15,000円を下記まで
お振り込み頂けます様お願い申し上げます。

振込先 三井住友銀行鹿児島支店（店番号 508）
普通口座 6487482
成育歯科医療研究会 岩崎智憲
※入金確認の都合上、お手数ですが、お振込は個人名で、
また、入金予定日をご記入下さい
年 月 日頃

成育歯科医療研究会 事務局
鹿児島大学歯学部小児歯科内
担当 岩崎智憲
電話：099-275-6262
FAX：099-275-6268

E-mail：yamame@dent.kagoshima-u.ac.jp